



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

# МОСКОВСКИЙ ДОКТОР

Август 2005

№ 11

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

Уважаемые товарищи, дорогие друзья!

Мы собрались, чтобы ответить на вопрос: чего стоит наш комитет как общественная организация? Попробуйте вспомнить, кто был Президентом академии или канцлером, допустим, в то время, когда были «Передвижники». Никто не помнит. А эту «общественную организацию» помнят все. Или «могучую кучку»? Все знают Стасова, Третьякова, Щукина и т.д. Эти общественные деятели и общественные организации определили лицо нации на десятки лет. Общественные организации составляли и составляют важнейший элемент нашей жизни. Сегодняшнее собрание, где происходит обмен мнениями по вопросам обеспечения страны, населения лекарствами, играет очень важную роль для нашего будущего.

Напомню, раньше говорили: все для человека, все во имя человека. Сейчас говорят: все для рынка, все для доходов. Это — поклонение золотому тельцу. Если читать Библию, то давным-давно корыстолюбие, стяжательство было известно и было осуждаемо.

Мы, конечно, общественная организация, но когда в декабре 2004 г. Минздрав начал реализовывать неподготовленный, но не глупый, по сути, проект монетизации льгот, стало ясно, что инвалиды и тяжелобольные останутся без лекарств. Для того, чтобы скомпенсировать эти потери, Минздраву надо было иметь список лекарств, которые он закупит. Но кроме нашего с вами списка ничего под руками не было, и если что и было сделано, то только потому, что был этот список жизненно важных лекарств, отобранных Формулярным комитетом. Хотя там кое-что добавили, чуть-чуть потеряли, в частности, добавили парацетамол. Мы потратили прорву усилий, чтобы этого препарата

не было, т. к. он просто вреден, опасен. Но количество цитостатиков Минздрав ополовинил. И если мы все-таки не потеряли больных, если мы сумели убедить Минздрав закупить медикаментов в большем объеме, чем это было вначале, то только потому, что наша общественная организация, достаточно компетентная и представительная, настояла на этом. Этот список всегда принимали консенсусом, а не голосованием, и это принципиальная позиция, которую подменить нечем. И мы ее будем отстаивать.

Академик Д. С. Львов на сессии Академии наук сделал замечание, что у России две беды — дураки и дороги, но страшно, когда дорогу указывают дураки. Поскольку мы с вами оказались при дороге, нам и надо ее определять с помощью коллективного разума.

У нас был соотечественник, замечательный человек. Свою биографию известности он начал с пяти лет ссылки за «тунеядство». Позже получил Нобелевскую премию по литературе, его со скрипом признали, но приехать на Родину не разрешили, похоронен он здесь рядом, в Венеции. Это Иосиф Александрович Бродский. Цитата из Бродского в адрес людей, которым кажется, что они ничего не значат, которые уныло повторяют: «А что мы можем сделать?»: «Всячески избегайте приписывать себе статус жертвы, каким бы отвратительным не было бы Ваше положение, старайтесь не винить в этом внешние силы — историю, государство, начальство, родителей, фазу луны, детство, несвоевременную высадку на горшок. Я не призываю к замене государства библиотекой, хотя мысль эта неоднократно меня посещала. Но я не сомневаюсь, что, выбирай мы наших правителей на основании читательского опыта, а не на основании их политических программ, на земле было бы меньше горя».

Сейчас формируется общественное сознание народа, часто мне говорят, что в Минздраве мало людей с медицинским дипломом: «Разве можно работать с таким Минздравом?» Друзья, успокойтесь, — а вам не все равно, сколько там с дипломом, а сколько — без диплома? Во многих странах министры здравоохранения — не врачи, а министры обороны — штатские. Вы соль Земли, ваша активность определяет ситуацию с меди-

циной в нашей стране. И мало найдется правителей, которым наплевать на общественное мнение.

Наша страна вымирает. Любые аналогии с Францией, Германией не имеют смысла. Убыль населения — это медицинский вопрос. Люди после пятидесяти лет реально жить без медикаментов не могут, т. к. это возраст, когда закончил свою «работу» естественный отбор. Начиная с пятидесяти лет люди живут за счет цивилизации, медицины. Но сегодняшний пятидесяти-



Президиум школы-семинара Формулярного комитета

Общественные организации составляли и составляют важнейший элемент нашей жизни.

## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

## Из выступлений А.И. Воробьева на школе-семинаре Формулярного комитета в г. Пула (Хорватия) 27–29 июля 2005 г.

«Всячески избегайте приписывать себе статус жертвы, каким бы отвратительным не было бы Ваше положение, старайтесь не винить в этом внешние силы»

летний — это активный, хотя и не молодой человек. А 150 лет назад о женщине в сорок лет говорили — старушка. А сегодня ведь все иначе.

Сегодня у нас другой век понимания патологии — молекулярный век. Еще вчера для того, чтобы диагностировать опухоль, надо было ее прощупать, сделать биопсию. Сегодня очень большое количество опухолей диагностируется по маркерам клеток, присутствующих в крови.



Участники школы-семинара Формулярного комитета

Известны гены, которые блокируют саморегулирующуюся гибель (апоптоз) мутировавших клеток, гены, которые обеспечивают клеткам безграничную пролиферацию. Именно на эту систему генов, их продукцию направлены новые медикаменты. Кроветворные клетки благодаря аномальному ферменту тиразинкиназе начинают делиться безгранично, развивается хронический миелолейкоз. Сегодня предложен препарат, который останавливает деление этих (и только опухолевых) клеток. В отношении хронического миелолейкоза, который раньше продолжался 3–3,5 года, сегодня уже можно сказать, что по крайней

мере в течение 10 лет наблюдения нет молекулярных признаков болезни. А о клинических проявлениях даже и не говорим.

Лечение дорогое. Но если обсуждать «дешево» или «дорого», то Д.С. Львов сказал, что в стране разворовывается 3 бюджета в год. Что же мы считаем цены на лекарства.

Помимо разворовывания надо хорошо определить в показанности терапии, надо определиться в ее достаточности. Надо хорошо разобраться в медикаментах симптоматической терапии, которые улучшают самочувствие, но ухудшают состояние (например — парацетамол). Существует бесчисленное множество медикаментов, которые якобы что-то улучшают. Плацебо (пустышка) при стенокардии «работает» в половине случаев.

Есть данные, что приблизительно половина «лекарственного бюджета» уходит на пищевые добавки, а их эффективность очевидна и равна нулю. Можно твердо сказать, что число истинно действенных медикаментов невелико, но они решают, жить или не жить. Это означает, что наряду с наукой есть лженаука, и это предмет нашего беспокойства, нашего анализа. Все время разоблачать псевдомедикаменты — это одна из сложнейших страниц нашего романа.

Во всем мире удлинняется возможная и физиологически активная продолжительность жизни людей. Оставим в покое чисто российский дефект — этот самый перекрест кривых, когда вдруг грубо упала рождаемость, не только за счет Отечественной войны, но и за счет бездарности. Резко повысилась смертность. Ведь у нас только около 2% больных с инфарктом миокарда попадают в первый час в стационар, хотя именно первые час-полтора определяют, жить или не жить. Но если они не попадают в стационар — грош цена стрептазе, урокин-назе и актилизе, которыми можно растворить тромб. Это чисто организационные дефекты, с которыми надо бороться не только медицине, но и политикам, хозяйственникам.

Если все это будет преодолено, то жизнь будет удлиниться. По крайней мере опухолевую смертность мы уберем в значительной мере. Многие уже забывают, как выглядит запущенный рак желудка, его симптоматику, или классическую симптоматику гипернефроидного рака. Там, где есть УЗИ, не должно быть запущенного рака почки. Можно целый набор раков убрать в ближайшее время. Если ввести такую пустышковую пробу, как исследование кала на следы крови, запущенного рака толстой кишки и желудка не будет. А ведь это можно передать на откуп самоанализу, тогда это не будет стоить и гроша государству. Сначала кровь в кале, определяемая по «лакмусовой» бумажке, затем — детальное исследование. Если раз в год проводить внешний осмотр человека, то не будет запущенных меланом, лимфогранулематоза, лимфосарком, а не запущенные формы — вылечиваются. Саркому Беркита вылечивают до 80–90% случаев.

Она убивает человека за два, три месяца. Этим истощенных больных, у которых опухоль проросла все, включая мочеточники и окружающие органы, можно вылечить при одном условии: если мы лечим правильно, по программе с самого начала. А если подсовывают предлеченного больного, которого стали

Наша страна вымирает. Любые аналогии с Францией, Германией не имеют смысла. Убыль населения — это медицинский вопрос.

## ИнтерНьюс

**Результаты анкетирования медицинских работников — 5 наиболее популярных (известных) лекарственных препаратов**

Сура М. В.

МОО «Общество фармакоэкономических исследований»

С целью определения наиболее популярных (известных) среди медицинских работников лекарственных препаратов было проведено анкетирование 50 респондентов — участников школы-семинара Формулярного комитета в июне 2005 г. В анкетировании приняли участие врачи, научные сотрудники, организаторы здравоохранения, провизоры, клинические фармакологи, представители фармацевтических компаний из 15 регионов России (Москва, Санкт-Петербург, Барнаул, Ставрополь, Пермь, Самара, Ярославль, Хабаровск и др.). Среди опрошенных было 27 мужчин и 23 женщины; средний возраст составил 47,3±10 лет.

Результаты анкетирования показали, что среди медицинских работников наиболее популярными (известными) лекарственными препаратами являются: аспирин (его назвали 38% опрошенных); но-шпа (26%); эналаприл (20%); виагра (16%), преднизолон и депакин (по 14%). Шестое место (по 12%) разделили препараты плавикс и нитроглицерин. Другие препараты в общей структуре составили 10 и менее процентов. В общей сложности 50 респондентов назвали 126 различных лекарственных препаратов.

Анкетирование будет продолжено и в других медицинских аудиториях с целью повышения достоверности полученных результатов.

**Источник:**  
собственная информация.

**После малого инсульта или транзиторной ишемической атаки 10-летний риск смерти, повторного инсульта или другого сосудистого события остается достаточно высоким, что объясняет необходимость дальнейшего улучшения стратегий вторичной профилактики**

По мнению д-ра Ирис Ван Вижк (Университетский Медицинский Центр, Утрехт, Нидерланды) и ее коллег вторичная профилактика инсульта обязательна у пациентов после транзиторной ишемической атаки или малого ишемического инсульта. Однако многие из этих больных все равно страдают от повторного инсульта или других сосудистых осложнений. Чтобы точнее изучить предикторы исхода у таких больных, авторы наблюдали за 2447 пациентами с малым инсультом или транзиторной ишемической атакой в анамнезе в течение 10,1 года. В целом, за период наблюдения 1489 человек (60%) умерли, а 1336 (54%) перенесли как минимум одно повторное сосудистое событие. Десятилетний риск смерти составлял 42,7%, риск повторного сосудистого события — 44,1%. Риск смертности увеличивался по мере возрастания срока наблюдения, а риск повторного инсульта снижался в первые 3 года, затем оставался относительно постоянным.

Д-р Грэм Ханкей (Royal Perth Hospital, Австралия) добавляет, что пациенты с транзиторной ишемической атакой и малым инсультом в анамнезе требуют постоянного наблюдения (поскольку риск может меняться) и длительного лечения, направленного на профилактику цереброваскулярных и сердечно-сосудистых событий.

**Источник:**  
Lancet 2005;365:2098-104.

Поездки Формулярного комитета всегда выглядят несколько эпатажными — несколько десятков уважаемых людей, ведущих, можно сказать, специалистов уезжают за пределы нашей страны. Зачем тратить столько денег? Почему нельзя в Подмосковье? К чему присутствие десятков региональных специалистов, не имеющих прямого отношения к обсуждаемым вопросам? Зачем здесь пресса и телевизионщики? Эти вопросы поначалу задавали и сами члены Президиума Формулярного комитета. Потом — перестали.

### Немного истории

Формулярный комитет появился в 1997 г., вначале как Экспертный совет Минздрава России по формированию Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Перечень начали делать еще в 1991 г. Несколько лет он представлял из себя набор лекарств для домашней аптечки. В 1996 г. постановлением Правительства РФ был утвержден Перечень, рассчитанный на поддержку отечественного производителя: в него входили мало или совсем неэффективные препараты, но широко выпускаемые и применяемые в нашей стране



Все внимательно слушают выступающих

на протяжении лет 30—40. Лоббированием этого перечня занимались заводы, выпускающие традиционное старье и не желавшие переходить на новые, пусть даже и генерические препараты (а это значит, что препаратам уже не менее 15 лет от роду — только тогда исчезает патентное право у изобретателя и препарат можно производить кому угодно и по какой угодно технологии). Проще и лучше печь всем известные пирожки, не вкладывая ничего в разработки, и получать только прибыль.

Напомним, что до начала XXI века в России фармацевтические заводы не имели полноценной документации на производство лекарств, выпускали по неким ТУ (техническим условиям), а не по принятым в мире фармакопейным статьям, где описана вся технологическая цепочка и система контроля на каждом этапе. Кстати, Фармакопеи в России нет и сейчас, хотя разговор о том, что ее надо сделать, идет только на моей памяти 15 лет. Пользуемся понемногу фармакопеями Европы и США. Можно сказать, что все это — случайность, чья-то лень. Или организованный саботаж?

Первоначально в состав Формулярного комитета входили как клиницисты, так и фармакологи, провизоры, представители дистрибьюторов. На определенном этапе Совет состоял из двух секций — клинической и фармакологической. На всем протяжении существования Формулярного комитета велась непрерывная борьба с попытками внесения в Перечень, с одной стороны, отечественных препаратов, которыми можно легко торговать — эти топ-бренды знают все, с другой — новых дорогостоящих, но непроверенных средств. Так в 1997 г. Советом был разработан и передан на утверждение в Минздрав один Перечень, а утвержден — принципиально другой, созданный кулуарно группой чиновников этого ведомства. В архиве Формулярного комитета хранится копия этого переданного Министру документа, где на каждой странице стоит подпись Председателя Совета академика А.И. Воробьева.

Наведение порядка началось с 1998 г., когда Совет стал представлять из себя преимущественно группу экспертов-клиницистов. С этого времени в Перечень стали включаться препараты, необходимые, по мнению экспертов, для этио-патогенетического лечения тяжелых заболеваний, постепенно исключались симптоматические средства, препараты с недоказанной эффективностью. Тогда же начался

## СВЕТСКАЯ ХРОНИКА

разговор о создании по каждому препарату архива (файла), включающего работы по доказательствам эффективности, экономическим обоснованиям, результаты экспертизы и заключения специалистов. Были разработаны и апробированы первые процедуры проведения экспертизы предложений, которые в дальнейшем реализовались во временные методические рекомендации, а позже — в Отраслевой стандарт. Так, на протяжении нескольких лет выкристаллизовывалась методология выбора медицинских технологий, рекомендуемых к применению. Важнейшими принципами этого выбора стал клинико-экономический анализ и система доказательств, принятие решения на основании консенсуса, а не на основании голосования.

Кто только не писал письма с просьбами включить тот или иной препарат: и отдельные ученые, и уважаемые академики, даже вице-премьер Российского Правительства пред-

## Пир во время чумы

П.А. Воробьев

Секретариат Формулярного комитета,  
Президент МОО

«Общество фармакоэкономических исследований»

ложил ряд недействительных препаратов в обход существующих процедур. Иногда доходило до курьезов: в Перечень с 1998 года включали лекарства под непатентованным наименованием, а один из лидеров медицины писал повторные весьма гневные письма, чтобы в Перечень был включен препарат под коммерческим названием. Пришлось провести небольшую лекцию о том, что за одним непатентованным названием может стоять много (для отдельных лекарств — до 200) коммерческих, — и все это по сути одно и то же.

Еще одним достижением на этом пути стало создание фармакотерапевтической классификации, ранее не использовавшейся в стране, хотя применяемой во многих странах мира и ВОЗом для решения аналогичных задач. Ее отличие в том, что препараты делятся на группы согласно основной патологии, на которое направ-

лено действие лекарства: антиангинальное, антибактериальное, противовирусное, гипотензивное и т. д. Такая классификация гораздо понятнее врачу, чем деление на бета-блокаторы, антагонисты кальция или блокаторы протонной помпы. Впрочем, эти классификации не отменяют одна другую.

В 2000 г. Экспертный совет был реорганизован в Формулярный комитет, в его состав, наряду с работавшими ранее экспертами, составившими Президиум Формулярного комитета, вошли главные специалисты Минздрава, ректоры ведущих медицинских ВУЗов страны, директора некоторых НИИ. Были сформированы профильные комиссии Формулярного комитета, согласно основным клиническим дисциплинам.



Участники школы-семинара Формулярного комитета

В 2004 г. новым органом управления здравоохранения страны — Министерством здравоохранения и социального развития часть функций Формулярного комитета была передана Фармакологическому комитету. При этом были утрачены процедуры экспертизы, оказался невостребованным архив Формулярного комитета. Были произведены значительные изменения Перечня, исключены из него многие высокоэффективные лекарственные средства (цитостатики, психотропные и др.) и появились лекарства с недоказанной эффективностью, такие, как церебролизин, или симптоматические средства, такие, как парацетамол. Путем упорных переговоров и согласований Формулярному комитету удалось отстоять ряд утраченных было в Перечне позиций.

Наряду с пересмотром Перечня, Формулярному комитету ставилась задача участия в формировании политики лекарственного обеспечения населения страны, которая на сегодняшний день и предопределяет его существование. В настоящее время Формулярный комитет представляет собой независимый экспертный орган, состоящий из

высокопрофессиональных специалистов, имеющих значительные практические навыки в анализе и выборе медицинских технологий, работающих по определенным правилам.

За прошедшие годы многие задачи, поставленные перед Форумным комитетом, были в значительной мере решены. При непосредственном участии экспертов Форумного комитета, например, организованы государственные закупки ряда редких и дорогостоящих лекарств, таких, как факторы свертывания крови (гемофилии), алпростадил (критическая ишемия нижних конечностей), препараты для лечения рассеянного склероза, гливек (хронический миелолейкоз) и т. д.

Важнейшим этапом в становлении системы является распространение принципов рационального выбора лекарств на деятельность субъектов Российской Федерации: на основании методического письма Минздрава и серии Отраслевых стандартов созданы форумные комиссии в подавляющем большинстве регионов и медицинских организаций, работающие по единым правилам и принципам.

**Информационные средства**

В 2000 г. Минздравом было принято решение о выпуске Федерального руководства для врачей по использованию лекарственных средств, был создан Комитет по изданию (переизданию) этого руководства во главе с академиком А.Г. Чучалиным. Большая часть членов Форумного комитета вошла в состав Комитета по изданию Федерального

руководства. Долго и тщательно поработали эксперты Форумного комитета.

Справочник появился не случайно. Три года назад Форумный комитет принял решение провести открытое многодневное заседание в специфических условиях — за рубежами России. Почему? Да потому, что там практически круглосуточно можно неформально общаться. Не друг с другом — а с приглашенными на это заседание. Попробуйте поговорить на конференции в Москве или в регионе — все куда-то торопится, у всех куча дел, дальше «привет, привет» дело не заходит. В регионы москвичи летают на один день, со слипшимися веками отчитывают доклад, дорожная сумка под столом президиума — и обратно. Слава Богу, хоть стали ездить, но это — не общение.

Первыми собеседниками Форумного комитета стали представители Хабаровского края, Ставрополя, Ярославля, Самары, некоторых других. Это были специалисты, непосредственно участвующие в формировании форумной системы в своих регионах: руководители здравоохранения, медицинских организаций, фондов ОМС, заведующие кафедрами. У каждого имелось и имеется свое мнение, нередко — диаметрально противоположное тому, что высказывается Форумным комитетом, эти мнения выплескивались и с трибуны, и в кулуарах. Чего только стоят постоянные выпады С.И. Кузнецова, защищающего генерики от производителей оригинальных лекарств, или горячее выступление Б.П. Богомолова против повсеместной вакцинации и сыворотизации от всех болез-

**РЕЗОЛЮЦИЯ  
ЗАСЕДАНИЯ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА  
27–29 июня 2005 г.**

На заседании присутствовали 84 человека, представляющих 23 субъекта Российской Федерации, 37 ассоциаций и профессиональных объединений, врачи, провизоры, научные работники, представители органов исполнительной власти, руководители здравоохранения и медицинских организаций, директора НИИ и главные специалисты, производители и дистрибьюторы лекарственных средств, главные редакторы и члены редакционных коллегий средств массовой информации и научных медицинских изданий.

Форумный комитет появился в 1997 г., вначале как Экспертный совет Минздрава России по формированию Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, а с 2000 г. — как Форумный комитет. В настоящее время Форумный комитет представляет собой независимый экспертный орган, состоящий из высокопрофессиональных специалистов, имеющих значительные практические навыки анализа и выбора медицинских технологий, работающих по определенным правилам. На первых порах перед Форумным комитетом стояла задача по созданию и ведению Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, позже — участие в формировании политики лекарственно-

- создан Перечень, включающий исключительно действующие лекарственные средства, такие, как современные цитостатики и антибиотики, психотропные и противопаркинсонические средства и др.;
- разработана и внедрена новая для страны фармакотерапевтическая классификация лекарственных средств;
- внедрены единые принципы отбора медикаментов на основе доказательств и экономичности;
- организованы государственные закупки по ряду редких и дорогостоящих лекарств, таких, как факторы свертывания крови, алпростадил, препараты для лечения рассеянного склероза, гливек и т. д.;
- созданы форумные комиссии регионов и учреждений, работающие по единым правилам и принципам;
- создан ряд постоянно обновляющихся информационно-справочных изданий, содержащих достоверную информацию о лекарственных средствах — Государственный реестр лекарственных средств, Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств, Справочник лекарственных средств Форумного комитета;
- налажено международное сотрудничество.

В связи со складывающейся демографической и политической обстановкой в стране, учитывая Послание Президента страны Федеральному Собранию, Форумный комитет видит своей основной целью формирование политики использования медицинских технологий в условиях острой необходимости переломить ситуацию с заболеваемостью и смертностью населения России, ведущей к его вымиранию. В связи с этим Форумный комитет считает, что необходимо активно включиться в рассмотрение Протоколов ведения больных, стандартов медицинской помощи, иных нормативных документов, определяющих качество и доступность медицинской помощи.

руководства. Предполагалось, и это нашло отражение в соответствующем приказе Минздрава, что это руководство будет содержать описания препаратов, входящих в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Однако вместо этого в книгу вошли описания и рекомендации по лечению болезней, сами описания препаратов были редуцированы до нескольких строк.

За несколько последних лет создан ряд постоянно обновляющихся информационно-справочных изданий, содержащих достоверную информацию о лекарственных средствах — Государственный реестр лекарственных средств, уже упоминавшееся Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств, Справочник лекарственных средств Форумного комитета.

Последняя книга отличается от всех имеющихся справочных изданий своей ориентацией на потребителя — врача и пациента. Для каждого лекарственного средства имеется форумная статья, в которой, наряду с обычными для фармакологических справочников разделами по биодоступности и фармакологическому действию, имеются принципиально новые разделы: правила назначения, изменения дозы и отмены препарата; критерии эффективности — параметры, за которыми необходимо следить; специально выделенная информация для медицинского персонала; отдельный раздел для пациентов и членов их семьи; применение препаратов в группах риска — при недостаточности тех или иных органов и систем, у беременных или детей, пожилых и др. В справочнике эта информация сгруппирована и выделена в отдельные разделы, над-

ней, включая холеру, или рассказы в мягких тонах В.А. Батурина о том, как налажен мониторинг возбудителей и их антибиотикочувствительности в Ставрополе. Неформальное общение — самое важное в этих поездках, в этом году половина текста резолюции была обсуждена в мягких водах Пулской гавани.

На первом выездном заседании было сказано, что многие специалисты не понимают, почему те или иные препараты включены в Перечень. Тогда приняли решение о создании Справочника, в котором будут даны сведения о жизненной важности медикаментов, входящих в Перечень, рекомендации по их применению. В создании Справочника принимали участие ведущие клинические фармакологи из различных городов, члены Президиума Форумного комитета, члены Общества фармакоэкономических исследований. Каждая форумная статья прошла трехуровневую экспертизу, в ней появились сведения о доказательствах, ориентировочные средние цены за единицу препарата (за 1 таблетку или ампулу).

Справочник лекарственных средств Форумного комитета может послужить источником для создания форумных справочников или форумных в городах и в медицинских организациях, так как содержит наиболее выверенную информацию, согласованную экспертами. Он, безусловно, будет полезен каждому практическому врачу, так как информация, представленная в нем, отсутствует где бы то ни было.

**ИнтерНьюс**

**VIP-персоны нашего здравоохранения  
(продолжение публикации результатов опросов)**

Во время заседания Форумного комитета был проведен опрос присутствующих относительно того, кто является наиболее значимыми персонами здравоохранения. Заполнена 51 анкета, при подсчете в рейтинг включено 63 персоны, за которые проголосовали 2 и более процента респондентов. Результаты получились следующие:

| Частота упоминания, % | ФИО  |
|-----------------------|--|
| 58,8                  | Воробьев А.И.  |
| 47,1                  | Зурабов М.Ю.   |
| 39,2                  | Хабриев Р.У.   |
| 37,3                  | Чучалин А.Г.   |
| 25,5                  | Шпигель Б.И.   |
| 21,6                  | Стародубов В.И.  |
| 21,6                  | Бокерия Л.А.   |
| 21,6                  | Чазов Е.И.   |
| 19,6                  | Рошаль Л.М.  |
| 17,6                  | Воробьев П.А.  |
| 13,7                  | Кулаков В.И.   |
| 9,8                   | Покровский В.И.  |
| 7,8                   | Хальфин Р.А.   |
| 5,9                   | Пальцев М.А., Акчурин Р.С., Баркаган З.С., Дедов И.И., Яковлев В.П., Давыдов М.И., Насонова В.А., Прохоров В.А., Румянцев А.Г.   |
| 3,9                   | Перельман М.И., Савельев В.С., Лопаткин Н.А., Рейхарт Д.В., Федоров В.Д., Неймарк М.И.   |
| 2,0                   | Кукес В.Г., Смирнов Е.И., Белоусов Ю.Б., Каминский Г.Н., Кондратьев А.Н., Коновалов А.Н., Лазебник Л.Б., Шувалов И.И., Якунин В.С., Багирова В.Л., Вялков А.И., Гельфанд Б.Р., Греф Г.О., Кунгуров Н.В., Личиницер М.Р., Мясников А.Л., Страчунский Л.С., Хаитов Р.М., Шейман И.М., Белобородов В.Б., Годин Е.Е., Ермольева З.В., Покровский А.В., Рудинский И.Ф., Симоненко В.Б., Шишкин С.Е., Блохин Н.Н., Бойцов С.А., Жуков А.Д., Онищенко Г.Г., Сулейманов С.Ш., Шевский В.И. |

Сравнив с предыдущим рейтингом, опубликованным в № 9 Вестника МГНот, можно обнаружить некоторые «новые» фамилии VIP-персон, что, очевидно, связано со специфическим составом респондентов. Опрос и его комментарии будут публиковаться и далее. Рейтинг, как и результаты предыдущего опроса, были озвучены на заседании Форумного комитета, вызвали аплодисменты зала. Комментарий председателя Форумного комитета академика А.И. Воробьева по этому поводу: «В 1934 году был первый съезд советских писателей. А.М. Горький договорился, что вести его будет Бухарин, и он добился от него согласия быть главным редактором «Известий». То, что он подлежал «изъятию из жизни», — Бухарин чувствовал. Когда он открывал и выступал на съезде, ему устроили овацию. Бухарин побелел и сказал, что «я попал». Сейчас не 34—37 годы, но тут, по крайней мере, есть люди, которые знают о 1937 годе не понаслышке».

**Источник:**  
собственная информация.

## ИнтерНьюс

**Исследователи из Университета Северной Каролины (Чапел-Хилл, США) обнаружили, что большинство американских педиатров не умеют правильно выявлять и лечить ожирение у детей**

В то время как в США возникла эпидемия избыточного веса у детей и взрослых, только 12% детских врачей чувствуют себя уверенно в диагностике ожирения. Толстые дети больше рискуют столкнуться во взрослой жизни с сахарным диабетом, артериальной гипертензией и другими серьезными болезнями.

Свои неудачи в борьбе с лишним весом врачи объясняли легкой доступностью фаст-фуда и сладких напитков, неправильным меню в школьных столовых, нехваткой просветительских брошюр, боязнь обидеть ребенка и его родителей. Оказалось, что врачи не вполне адекватно оценивают и свой собственный вес: половина педиатров с избыточным весом считали, что их вес нормален. Мужчины-педиатры оценивали свой вес неправильно в 4 раза чаще, чем женщины-педиатры.

Те, кто сочли себя худыми, в 6 раз чаще по сравнению с докторами среднего веса испытывали трудности, консультируя пациента по вопросам ожирения.

У докторов с избыточным весом проблемы возникали в 4 раза чаще. Авторы предполагают, что худые врачи боятся показаться черствыми, указывая пациенту на его полноту. Полные врачи не хотят говорить о весе по более очевидным причинам из серии «в чужом глазу соринку видишь, в своем бревна не замечаешь». В связи с этим врачам рекомендуют во время приема маленьких пациентов сосредоточиться на пропаганде здорового образа жизни, а не думать о собственном весе.

**Источник:**  
*Ambulatory Pediatrics*

### Первичная профилактика и новые подходы к лечению пищевой анафилаксии

Анафилаксия при приеме некоторых пищевых продуктов является важной социальной и медицинской проблемой, поскольку является частой причиной обращения пациентов за медицинской помощью во всем мире. Согласно данным неотложной медицинской службы, в США ежегодно регистрируется более 30000 пищевых анафилактических реакций, причем в 150—200 случаев наступает смерть. Подавляющее большинство реакций приходится на детский возраст. Арахис, лещина, грецкий орех, рыба и моллюски наиболее часто дают пищевые анафилактические реакции. Данный вид гиперчувствительности управляется IgE-опосредованным механизмом, однако точные аспекты патогенеза таких реакций до сих пор не изучены.

В настоящее время основой помощи пациентам с пищевой аллергией является первичная профилактика, включающая обучение пациентов и их близких с целью избегать употребления продуктов, содержащих потенциально опасные аллергены, а также обучению неотложным мероприятиям, в частности, парентеральному введению противоаллергических средств. Однако в последние годы возрос интерес к применению рекомбинантных человеческих аутоантител к IgE. Проведены клинические испытания с целью оценки эффективности такого подхода у больных с анафилаксией на арахис.

**Источник:**  
*Pediatrics 2003. 111(6 III): 1601-1608.*

Начало на стр. 2 ➤

### Формулярный комитет и национальная идея: кто виноват?

Во время поездки автором этих строк была четко сформулирована давно назревавшая «национальная идея»: **мы, единый многонациональный и многоконфессиональный русский народ.** Наш народ заселил (колонизировал) Израиль, наш народ сегодня на Украине и в Казахстане, в США и Великобритании. Это представители нашего народа — основные мозги современной мировой науки, наша — президент Академии во Франции, наши — владеют бизнесом и спор-

щуюся к утоплению. Помните из физики: если долго толкать слабой ручкой корабль, то он, в конце концов, подвинется от дебаркадера. А то, что здравоохранение тонет, ни у кого уже не вызывает сомнения.

К чему весь этот разговор. Принято и озвучено решение, что создание стандартов, протоколов ведения больных должно проводиться с участием независимых экспертов Формулярного комитета. В первую очередь нужно разработать и внедрить программы профилактики и лечения для обеспечения повсеместной доступности современных высокоэффективных технологий при опухолях, гипертензии, коронарной патологии и т. д. Но вот наступил третий день се-

### РЕЗОЛЮЦИЯ (продолжение)

В качестве первоочередных задач необходимо формирование:

- Перечня жизненно необходимых лекарств,
- Перечня редко применяющихся («сиротских») лекарств,
- «Негативного» листа медицинских технологий и лекарственных средств,
- Правил и процедур формирования перечисленных документов,
- Подходов к экспертизе и актуализации существующих Протоколов ведения больных, стандартов медицинской помощи.

Жизнь современного общества невозможна без лекарственных препаратов; после 45—50 лет большинство людей принимают медикаменты для предупреждения и лечения болезней и реального продления жизни. Патогенез большинства заболеваний расшифрован на молекулярном уровне и требует создания индустрии молекулярных реагентов. Формулярный комитет считает необходимым выполнить развернутый анализ состояния производства отечественных лекарств и реагентов; довести до сведения руководства страны проблему стратегической и общенациональной задачи восстановления антибиотической промышленности (10—15 препаратов); разработать программы обеспечения реагентами молекулярно-генетической диагностики.

Признавая важность и необходимость проведения радикальных изменений в системе оказания медицинской помощи, основанных на принципе справедливости и равнодоступности для граждан страны качественной медицинской помощи, в качестве первоочередных задач здравоохранения необходимо рассматривать разработку и внедрение программ профилактики и лечения (протоколов и стандартов) для обеспечения повсеместной доступности современных высокоэффективных технологий при:

- опухолевой группе заболеваний,
- гипертензии,
- коронарной патологии,
- катаракте,
- патологии тазобедренного сустава,
- сосудистых поражениях нижних конечностей,
- ревматоидном артрите.

Президиуму Формулярного комитета разработать и предложить Государственной Думе тексты дополнительных и изменений в Закон о лекарственных средствах, иные законы Российской Федерации:

- в части сравнения воспроизведенных лекарственных средств по терапевтическим эффектам (терапевтическая эквивалентность), не только на стадии регистрации, но и в пострегистрационные фазы жизненного цикла лекарств.
  - в части разработки, производства, регистрации, ввоза, распределения и применения редко применяющихся («сиротских») лекарств,
  - применения в больницах «госпитальных» упаковок лекарств, снижающих затраты организаций на треть;
  - изъятия рекламы медицинских нелекарственных технологий, лекарств, биологических добавок, аппаратов — из средств массовой информации,
  - запретить рекламу табака и алкоголя.
- Президиуму Формулярного комитета:
- 1) Обратиться в Министерство здравоохранения и социального развития с предложениями:
    - по актуализации ряда стандартов медицинской помощи;
    - по привлечению Формулярного комитета к разработке стандартов медицинской помощи и протоколов ведения больных в качестве экспертного органа;
    - по изменениям и дополнениям к Перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, Перечню лекарственных средств для дополнительного лекарственного обеспечения;

том во всем мире, играют в хоккей и футбол в разных странах. Все, что они — эти представители народа — делают, — наше общее народное достояние.

Но в самой нашей стране неблагополучно. Все постоянно говорят о том, что у нас складывается напряженная демографическая ситуация: резко снижена рождаемость, быстро растет популяция пожилых людей, растет смертность от причин, которые можно устранить с помощью современных медицинских технологий. Уже этот вопрос собираются обсуждать восемь президентов на саммите в Санкт-Петербурге в 2006 г. А еще катастрофически быстро разрушается созданная ранее система здравоохранения, которая структурно осталась прежней, советской, «вертикально-интегрированной», тогда как мир вокруг нее сильно изменился.

И все знают виновных — чиновники. Абстрактные. О личностях — ни слова, это неэтично. Нас учили по книгам, что роль личности в истории ничтожна, но жизнь, уважаемые учителя, демонстрирует обратное — личность способна перевернуть страну, вырезать половину ее населения. Все плохое делают конкретные люди, которые твердо уверены, что их противники, из этических соображений, не станут полоскать их имена. Неправильно это. Виноват конкретный чиновник, в том, что он принял глупое решение и не реализовал правильную идею, виноват и академик, вовремя промолчавший, и лечащий врач, понукающий больного на взятки. Нужно однозначно сказать, например, что известные педиатры и академики, встающие против «врача общей практики», отстаивают на самом деле вчерашний день, свое уютное гнездышко, и успешно борются с возможностями реальных реформ вот уже 15 лет. За последний год заблокированы 4 закона по изменению системы оказания медицинской помощи и все попытки структурной перестройки здравоохранения. Будем теперь ждать 2008 года? Заметим, что ничего системного не предлагается этими борцами: надо дать денег и оставить все как есть.

Только персонализируя ответственность сверху донизу, можно сдвинуть ржавую баржу нашей медицины, готовя-

чи (заседания), ведущие поставили вопрос об индикаторах оценки эффективности внедрения протоколов ведения больных и стандартов, уже изданных Минздравом. Вопрос не абстрактный, а конкретный. И тут началось: члены Президиума комитета не понимают, о чем речь, клинические фармакологи требуют анализа истории болезни, ссылаясь на опыт Ярославской губернии, но свердловчане — организаторы здравоохранения согласно кивают головами — нужны обобщенные, интегральные статистические индикаторы, листать все истории болезни невозможно — дорого и не объективно.

«Картинка с выставки»: о чем базар, товарищи?! Да, непонятки! Академик Егоров — тема не готова, закрыть собрание. Академик Воробьев — я не готов так со слуха обсуждать, перенесем. Дарья Лукьянцева на трибуне пытается скрыться от свистящих виртуальных помидоров (правда, ей не впервой). Шабаш, шабаш да и только. Неужели мы, группа стандартизаторов (Группа С), такие опытные в проведении собраний, позволили себе вынести неподготовленный вопрос и не управляем присутствующими? Да нет, друзья, вы попали на программу «Розыгрыш», извините, провокация это, и вы продемонстрировали то, что от вас ожидали. Проявили, так сказать, кадр.

Сцена эта выявила еще раз, что «профессионалы», «ученые» — группа лиц, работающая в федеральных учреждениях, в силу объективных причин не несет ответственности перед нацией, народом за его здоровье. Декларирует — да, но никаких механизмов реализации этой декларации нет, и не проглядывается. Она, эта группа, озабочена «развитием новых технологий, поддержанием отечественного производителя», но ни разу в выступлениях не прозвучали «интересы больного». А кому, простите, нужны высокие технологии, если они не доступны нуждающимся? А если нуждающимся не доступны и старые технологии? Вообще о доступности кто-то думает — а?!

Простая страшная цифра: на диализе сегодня 1—2—3% нуждающихся, средний возраст их — 33 года. А остальные? — им даже диагноз не ставится. В большинстве лабораторий

первичного звена не делают креатинин, не говоря уже о пробе Реберга. Остаточный азот, и хватит с вас, да и то в виде благодеяния по отдельному расписанию. Спрашиваешь регионалов про диализ — да, говорят, все нормально, у нас почти все получают, человек 10—15 на миллион жителей. А должно быть не меньше 1500—2000. Выяснилось попутно, что нет в стране хронического миелолейкоза, вместо 50 тысяч зарегистрировано 5 тысяч. И острого лейкоза в России нет, как и В<sub>12</sub>-дефицитной анемии. Зато железodefицитная анемия — у всех беременных (ну да, если сывороточное железо не смотреть), в стране за год госпитализируется почти миллион человек со стенокардией.

тральном НИИ, где такие больные лечатся, нет даже БИТа, а инфаркт ведет «научная группа». И стенты они ставят несколько раз в год — т. е. опыта нет. Но деньги за «высокие технологии» получать хотят.

Или рак молочной железы — ну, друзья, давно должно быть рутиной его лечение в каждом областном центре. Нет, федеральное учреждение стало накручивать потенциальную стоимость в стандарте за счет анализов мочи по Зимницкому и Нечипоренко и исследования всей возможной биохимии, иммунологии, «малых» групп крови — стыдно, господа. Но понятно — денег хочется даже за безделицу. Рак молочной железы приказами Минздрава отнесен сегодня к

**РЕЗОЛЮЦИЯ (окончание)**

- по развитию службы клинической фармакологии и формулярной системы в медицинских организациях, что особенно актуально в условиях реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения граждан.

2) Обратиться с предложениями в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения:

- усилить контроль за размещением недобросовестной рекламы лекарственных средств и нелекарственных технологий в средствах массовой информации, проводить проверки соблюдения лицензиатами, размещающими подобную рекламу, лицензионных требований и условий, создать общественный совет по рекламе медицинских технологий в средствах массовой информации с участием Формулярного комитета;

- наладить контроль за отпускem рецептурных средств аптечными организациями населению, внести соблюдение правил отпуска в качестве обязательных лицензионных требований и условий, поскольку бесконтрольное применение лекарственных средств, особенно антибиотиков, приводит к развитию большого числа осложнений и к массовому появлению устойчивых форм возбудителей инфекций;

- внедрить индикаторы качества медицинской помощи для контроля за применением стандартов медицинской помощи и протоколов ведения больных.

3) Провести работы по актуализации и внедрению Справочника лекарственных средств Формулярного комитета:

- формализовать процедуры экспертизы;
- предусмотреть ежегодное переиздание актуализированной версии Справочника;
- создать более дешевый и доступный вариант издания;
- предусмотреть возможность распространения Справочника через Интернет и электронные правовые базы данных;

- разработать механизм внедрения Справочника в деятельность медицинских организаций, в частности, создать на основе Справочника формуляры для врачей общей практики и иных специальностей, разработать процедуры и индикаторы оценки эффективности его внедрения, провести внедрение в пилотных территориях (Ярославская и Самарская области, Ставропольский и Хабаровские края).

4) Материалы заседания Формулярного комитета разместить в Интернете, опубликовать в газете «Вестник Московского городского научного общества терапевтов» и журнале «Проблемы стандартизации в здравоохранении», предложить к размещению в газетах «Фармацевтический вестник», «Медицинская газета», направить в профессиональные медицинские общественные организации; распространить среди участников электронную версию материалов.

Всем участникам заседания:

- довести до сведения непосредственного руководства поднятые на заседаниях Формулярного комитета проблемы и результаты дискуссий, настоящую резолюцию,

- довести до сведения профессиональных медицинских сообществ, в том числе — Российской академии наук, Российской академии медицинских наук — поднятые на заседаниях Формулярного комитета проблемы, результаты дискуссий, настоящую резолюцию, призвать членов профессиональных объединений активно участвовать в проводимых широкомасштабных работах по клинико-экономическому анализу и оптимизации применения медицинских технологий,

- постоянно и повсеместно проводить разоблачение псевдонаучных направлений в медицине, пропагандировать современные медицинские технологии диагностики и лечения болезней,

- ввести в научных медицинских изданиях рубрику «Стандартизация медицинских технологий»,
- опубликовать настоящую резолюцию.

**Подробно доклады выступавших на школе-семинаре опубликованы в журнале «Проблемы стандартизации в здравоохранении» № 9 2005 год**

Вот пример про стенокардию. Что эти больные сегодня делают в больнице? — лежат, капельницы с освященным веками физраствором получают. Написали мы стандарт, что если положили стенокардию на койку — то сделайте всем коронарографию и кому-то — многим, большинству, — поставьте стент. Ой, вою! Оказалось, что в одном совсем цен-

«высоким технологиям», которые квотируются, и регион не обязан лечить этих больных, а может их направлять «в центр». А так как лекарства дороги, регионы их не закупают, то и лечить после, скажем операции, никто не собирается.

*Продолжение на стр. 6*

**ИнтерНьюс**

**По мнению испанских ученых, связанное со здоровьем качество жизни точнее определяет прогноз у больных с сердечной недостаточностью, чем традиционные биомедицинские параметры**

Д-р Фернандо Родригес-Арталежо и его коллеги (Autonoma de Madrid) выполнили проспективное исследование, охватившее 394 больных из 4 испанских клиник. Все участники госпитализировались по экстренным показаниям, связанным с сердечной недостаточностью. Исходное качество жизни, связанное со здоровьем, оценивалось с помощью общего и специального вопросников — SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short Form Survey) и Minnesota Living with HF.

За среднее время наблюдения 6 месяцев повторная экстренная госпитализация имела место у 35,0% пациентов, летальный исход — у 17,8%. Риск повторной госпитализации повышался при низком качестве жизни по шкале SF-36 (показатели физического функционирования (отношение рисков, 1,65), общего здоровья (отношение рисков 1,73) и психического здоровья (отношение рисков 1,65)). Аналогичная тенденция отмечалась и для риска смерти. Худшее качество жизни по данным Миннесотского вопросника также было связано с более высокой смертностью.

По мнению авторов с помощью коротких, простых вопросников можно эффективно выявлять больных с повышенным риском повторной госпитализации и смерти. Такие пациенты нуждаются в более тщательном наблюдении и активном лечении.

**Источник:**

*Arch. Intern. Med. 2005; 165: 1274-9.*

**Зуд — одна из самых распространенных жалоб у пациентов пожилого возраста. Его испытывают около 50% лиц в возрасте старше 60 лет.**

Зуд у большинства людей чаще всего является проявлением кожных и аллергических заболеваний. А у пожилых он в половине случаев является проявлением системных заболеваний (болезни крови, эндокринной системы, ХПН, карциномы и др.).

Специализированных противозудных средств, подобных лекарствам для устранения боли, нет. В последние годы достигнуты успехи в понимании патофизиологии зуда, стало возможным более целенаправленное его лечение. У части пациентов, например, при ХПН или аллергических заболеваниях, помогает плазмаферез.

Подробное описание патофизиологии и современного лечения зуда у пожилых приводит С. В. Герман в лекции «Зуд при системных заболеваниях у лиц пожилого и старческого возраста и его лечение».

**Источник:**

*Клиническая геронтология, № 12, 2004.*

**Аспирин не снижает частоту опухолевых заболеваний, кроме рака легкого**

В статье, опубликованной в Journal of the American Medical Association, доктор Нэнси Кук и ее коллеги пишут о том, что прием аспирина не оказывал существенного влияния на частоту рака молочной железы, колоректального рака и рака любой локализации. Тем не менее, наблюдалась тенденция снижения риска рака легкого по сравнению с группой плацебо — на 22% (90 против 115 случаев).

**Источник:**

*JAMA 2005; 294: 47-55.*



**СПРАВОЧНИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ФОРМУЛЯРНОГО КОМИТЕТА**

2005 год

Под редакцией профессора П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Справочник Формулярного комитета включает только жизненно необходимые лекарственные средства, которые на протяжении многих лет отбирались Формулярным комитетом для Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. Справочник содержит сведения о 416 лекарственных средствах.

Формулярные статьи прошли тщательную экспертизу и содержат стандартизированные по форме и содержанию сведения о применении лекарственного средства, включая правила назначения, контроля за эффективностью, изменения доз и отмены, информацию для пациентов и членов их семей, медицинского персонала. Справочник обеспечивает практикующих врачей адекватными и достоверными данными по применению наиболее эффективных лекарственных средств. Справочник может быть использован для составления формуляра территории или медицинской организации. Информация по применению лекарств уникальна и ее нет ни в одном другом издании!

## ИнтерНьюс

### Нарушение обмена стероидов может частично объяснять развитие анемии у больных с хронической сердечной недостаточностью

Как известно, уровень гемоглобина при некоторых анемиях хронических заболеваний связан с уровнями дегидроэпиандростерона, но не кортизола — т. е. гормон-зависимая анемия обусловлена, прежде всего, влиянием стероидов на продукцию эритроцитов. Д-р Дарлингтон Окенко и коллеги (Imperial College, Лондон, Великобритания) изучали связь между уровнями надпочечниковых стероидов и анемией у 57 мужчин с ишемической кардиомиопатией и 35 мужчин с идиопатической дилатационной кардиомиопатией. Анемия (уровень гемоглобина ниже 130 г/л) имела место у 29% участников. Как правило, больные с анемией были старше, имели более низкие уровни потребления кислорода, концентрации дегидроэпиандростерона, скорости клубочковой фильтрации и большие значения мочевого кислоты и лог-соотношения «кортизол/дегидроэпиандростерон». Лишь скорость клубочковой фильтрации и соотношение «кортизол/дегидроэпиандростерон» оказались независимо связанными с уровнем гемоглобина, причем лишь среди больных с наиболее тяжелой сердечной недостаточностью — при максимальном потреблении кислорода менее 18 мл/кг/мин. По мнению авторов, связь уровней гемоглобина и дегидроэпиандростерона, но не кортизола, говорит о том, что нарушение стероидного обмена лежит в основе развития анемии. При этом, по их мнению, теряются эритропоэтические свойства андрогенов. Вероятно, изменение соотношения «кортизол/дегидроэпиандростерон» с помощью дополнительного приема андрогенов может повысить уровень гемоглобина у больных с анемией на фоне сердечной недостаточности.

**Источник:**  
Am. J. Cardiol.  
2005; 96: 101-3.

### Терапия низкими дозами может стать причиной аспиринорезистентности у пациентов с ишемической болезнью сердца

Известно, что у трети больных, получающих аспирин, не наступает антиагрегационный эффект. Исследователи из Гонконгского Университета (Китай) изучали, как развитие резистентности к аспирину связано с дозой препарата, у 469 больных со стабильной ИБС, принимающих по 80—325 мг аспирина ежедневно, не менее 4 недель. Аспиринорезистентность имела место у 27,4% участников, преимущественно у пожилых, женщин, лиц с анемией и почечной недостаточностью. Независимыми предикторами аспиринорезистентности были прием дозы 100 мг/сут и менее (отношение шансов 2,23,  $p = 0,022$ ) и низкий уровень гемоглобина (отношение шансов 0,6,  $p < 0,001$ ). В целом, аспиринорезистентность чаще развивалась у тех, кто принимал менее 100 мг/сут аспирина, чем у принимающих по 150 или 300 мг/сут — 30,2% против 16,7% и 0% соответственно.

Пока остается неясным, можно ли устранить аспиринорезистентность (и тем самым снизить клинический риск) за счет назначения увеличенных доз аспирина, во всяком случае у больных, нечувствительных к аспирину, увеличение дозы препарата не влияет на агрегацию тромбоцитов.

**Источник:**  
Am. J. Med. 2005; 118: 723-7,  
собственные данные.

Начало на стр. 2 ➤

Дали возможность получать лекарства путем внедрения «монетизации», так врачи не знают, как их назначать и что контролировать, так как никогда ими больных не пользовались. Круг-то давно замкнутый, его размыкать надо, а не гонять проблемы по кругу и дальше.

Любой стандарт — это констатация факта. Например, что за словами нет дела или что за свои дела придется отвечать. Пока стандарты (протоколы ведения больных) носят абстрактный характер, их еще хотят писать и внедрять. Но вот осознается мысль, что самим придется выполнять протоколы, отчитываться за их выполнение (пусть хоть изредка), деньги получать за конкретные услуги и результаты — и всякое желание заниматься всем этим пропадает. А что там происходит «за пределами Садового кольца» — в целом никого не волнует.

В нашей медицине (об обществе — ни слова) сложилась классическая революционная ситуация: много лет была байка — будешь хорошо учиться, врачом станешь, плохо учиться — попадешь в главврачи. Приходили серые на все уровни власти, подбирали себе подчиненных еще серее (я — начальник, ты — дурак). Потом эти, с подпалинами, более глупые подчиненные становились сами начальниками, а себе брали еще более серых подчиненных. Так поколение за поколением. И вот, серые наши верхи (всех уровней и ветвей) ни на что не годны. Но серые — это закон природы, — сбиваются в стаю и огрызаются, как появляется что-то белое — сразу рвут в клочья. Низы — и врачи, и медсестры, и наши пациенты, уже совсем дошли до ручки. Только партии нам не хватало. Или...

### Формулярный комитет и национальная идея: что делать?

Пора, пора переходить от слов к делу, пора общественности понять свою ответственность перед обществом. Не надо бояться, нас много, нас не задавишь и не испугаешь стаей

слышать не только себя, но и тех, кто на переднем крае, пытаться понять их нужды и возможности. Решения все равно придется принимать системные, но существующую систему надо узнать.

Формулярный комитет принял декларацию о необходимости перелома ситуации с заболеваемостью и смертностью населения России, ведущей к его вымиранию. Очевидно, что в руках врачей — технологии, в связи с чем Формулярный комитет считает своей основной целью формирование политики использования медицинских технологий. В качестве первоочередных задач Формулярный комитет считает необходимым формирование:

- Перечня жизненно необходимых лекарств (без приваки *важнейшие*), рекомендуемых для применения в стране; возможно, что это будет не документ, утверждаемый Правительством, а согласованное мнение экспертов относительно полезности определенной группы лекарств;
- Перечня редко применяющихся «сиротских» лекарств, жизненно необходимых при лечении редких болезней (например, порфирии, проказы, болезни Гоше, малярии и т. д. — этих лекарств в стране сегодня нет);
- Негативного листа медицинских технологий и лекарственных средств — т. е. перечня тех методов и лекарств, чья эффективность вызывает обоснованные сомнения или имеются убедительные доказательства их бесполезности или даже вреда.

Формулярный комитет считает необходимым постоянно и повсеместно проводить разоблачение лженаучных направлений в медицине, пропаганду современных медицинских технологий диагностики и лечения болезней, что полностью перекликается с деятельностью газеты «Вестник МГНТ». Необходимо добиться изъятия рекламы медицинских технологий — лекарств, биологических добавок, чудо-аппаратов, «клеточных технологий» из СМИ, так как это вводит в заблуждение пациентов, приводит к поздней диагностике и неэффективности лечения тяжелых заболеваний. Государственным органам необходимо усилить контроль за



Выступающие на школе-семинаре Формулярного комитета

волков. Каждый должен принять сам на себя груз, вывешивать красные треугольные флажки у дверей своего кабинета. Нельзя отмалчиваться и стыдливо прикрывать глаза руками, прятать голову в песок. Давайте искать разумное, договариваться друг с другом, отсекайте все нерациональное или опасное. Речь о науке; и экономика, и принятие решений, и эпидемиология, и менеджмент — все это требует научных подходов, не может решаться волюнтаристически. Давайте

размещением недобросовестной рекламы медицинских технологий, возможно — создать общественный совет по рекламе медицинских технологий в СМИ.

Есть еще ряд вопросов, которые нашли отражение в резолюции заседания Формулярного комитета. Предыдущий опыт показывает, что этому коллективу удавалось решить практически все задачи из тех, что он перед собой ставил. Нас не догонишь и не остановишь.



### «ГЕРИАТРИЯ В ЛЕКЦИЯХ»

Том 1

Под ред. профессора П. А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Лекции, созданные лучшими специалистами в геронтологии, гериатрии, терапии, врачами всех специальностей, чьи пациенты — пожилые люди.

Фундаментальные вопросы биологии и патофизиологии старения, особенности течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современные методы диагностики и лечения, социальные вопросы — все это предназначено для врачей, кто видит проблему пожилого человека стратегически важной.

Начало на стр. 1 ↗

пользовать не по протоколу, а кое-как преднизолоном-циклофосфаном, — то цитостатическая программа уже не работает.

Надо срочно приступить к развитию отечественной фармацевтической промышленности и производству реагентов. Сегодняшняя стоимость диагностики лейкоза огромная. Нельзя диагностировать старыми методами острый промиелоцитарный лейкоз, — без хромосомного анализа. Если есть диагноз, то 90% выздоровления гарантировано. Без этого летальность — 100%. Необходимо прекратить любую халтуру в диагностике. Сегодня в онкологии другая техника, чем была еще вчера.



У Золотых ворот, г. Пула

Говорят: что ни в одной области никакого онкомаркирования лейкоза нет. Тогда скажите больному, что диагноз поставить не можете, скажите ему это и пусть он едет в Москву, Екатеринбург, Самару, Питер. Один придет, другой придет, деньги надо будет платить, но хоть с мертвой точки сдвинем проблему. Надо ставить вопрос о создании государственной программы борьбы с опухолевыми заболеваниями. В США это делается. Вся идеология о ранней диагностике шла из Советского Союза, там это подхватили, а мы это потеряли. Восстановить профилактическое направление в охране здоровья не составляет никакого труда. У нас есть эталонные учреждения, где от рака запущенного не умирают. Эта государственная стратегическая программа — целая система, она должна включить в себя промышленное производство реагентов. Мы их делаем сегодня кустарным способом. Участие государства в этом процессе равно нулю. Как изменить ситуацию? Один способ — это деньги. Другой — это пресса, мы должны ее задействовать, давать информацию в Интернете.

Нужно бомбардировать прессу информацией по принципиально неверной терапии. Давайте заведем в медицинских журналах рубрику «лженаука», и вторую: «принципиально неверные терапевтические подходы, негативные технологии».

Сегодня надо без усталости повторять, что резко снизит заболеваемость многими опухолями ликвидация табакокурения. Это известно во всем мире, потому что не только рак легкого, языка, желудка, но и рак толстой кишки, а в последнее время показали: даже хронический миелоз зацеплен на никотин. Чернобыль практически ничего не сделал в онкогенезе, не надо на него «спешивать» табачные раки, и на этот счет надо быть очень четкими. Возникло несколько десятков раков щитовидной железы у детей Чернобыльского региона, потому что там были гигантские дозы радиоактив-

ного йода именно на эту железу. Все остальное — ничего, считаем непрерывно, никакого прироста опухолей нет.

Гипертония — это государственная программа: и инсульт, и инфаркт в том объеме, который есть сейчас, уйдут. Коронарная болезнь — тоже программа. Мы сегодня говорим о стандартах серьезно. Где-то там, на Манхэттене случился тяжелый приступ стенокардии. Сколько времени потребуется на то, чтобы больного отвезти в госпиталь? Через 15—20 минут привезут в специализированный стационар, сделают немедленную коронарографию, поставят стент, если нужно, введут стрептазу, в общем, сделают то, что положено, а потом заговорят об оплате. Что сделают в нашей стране: привезут в районную больницу, где ничего нет, ни лекарств, ни мониторов. А если наш пациент обратился в кардиологическую федеральную клинику, то сначала попросят деньги, а потом все остальное. Это — социальная патология, которая полностью противоречит традициям нашей медицины.

Разговор о стандартах диагностики и терапии обрел совершенно другие очертания. «Стандарты» очень близко сошлись с юриспруденцией, потому что тот, кого не вылечили, вправе подать в суд. Только не ясно, как отвечать будет немощный наш врач.

Современные технологии позволяют резко уменьшить количество слепых. Сколько времени нужно, чтобы убрали катаракту? Утром — на работе. Днем поехал в клинику, лег на операционный стол. До вечера — в клинике. Уехал спать домой, утром приехал на работу. Вот это современная технология, и мы обязаны внедрять ее в жизнь во что бы то ни стало. И эту программу нужно продумать и представить в Минздрав.

Несколько слов о редких болезнях и редко применяемых лекарствах. Неизвестно, какая цифра определяет эту позицию: 1 на 10000 жителей, 2 на 10000 жителей? Нужно эту цифру продумать. Но речь идет, как правило, о молекулярных болезнях. Все началось с порфирии. Есть препарат Нормосанг, он используется в год у десятка больных. Нет никакого смысла лечить таких больных по всей стране. Этих больных, конечно, нужно концентри-

ровать в 2—3 клиниках. Для диагностики используются фундаментальные геномные методы исследования. Это все подвластно только учреждениям Российской академии медицинских наук. И нет никакого смысла организовать такие учреждения ни в Калуге, ни в Тюмени. Там они не будут жить, так как за десять лет встретится один больной. Предлагается для редких болезней организовать семь региональных центров: в Хабаровске, Новосибирске, Екатеринбурге, Нижнем Новгороде, Москве, Ростове-на-Дону, Санкт-Петербурге. Там есть университеты, окружные военные госпитали, мощная оснащенность, отделения РАМН. В Новой Зеландии догадались, что гораздо выгоднее больного с аутоиммунным гемолизом везти в Лондон, а это почти 20 тыс. км, чем держать сыворотки и специалистов у себя в стране где, таких больных будет 1 в 50 лет.

Болезнь Гоше — редкая болезнь, препарат для ее лечения производится, хотя закупается он плохо. Недавно, весной, было совещание и договорились, что взрослых больных будем концентрировать у себя, детей тоже — но не у себя. В Израиле болезнью Гоше много у арабов и евреев, а в России мало, израильтяне и сделали препарат.

Вспомним наше прошлое. Были миллионы слепых от трахомы, а сейчас нет ни одного. Большинство из вас не видели малярию — ее нет, практически нет лейшманиоза. Это же сделали наши люди! В Афганистане полыхают инфекции, а у нас нет! Значит, наука чего-то стоит. Хочется вспомнить слова Симонова: «Я все-таки горд был за самую милую, за горькую землю, где я родился». Это — к тому, что мы чего-то стоим, и надо хладнокровно продолжить работу. Сила Формулярного комитета в том, что он может оказывать мощнейшим дополнением к работе Минздрава, особенно в плане воздействия на регионы. Конечно во многом сказывается степень добровольности и доброжелательности.

## ИнтерНьюс

**Результаты исследования, проведенного в Великобритании, свидетельствуют о том, что чем ниже социальный статус человека, тем чаще бьется его сердце и меньше вариабельность сердечного ритма**

Известно, что как тахикардия, так и снижение вариабельности ритма сердца ассоциированы с риском сердечного приступа и внезапной смерти. По мнению доктора Хемингуэя и его коллег, данный феномен объясняется тем, что низкий социальный статус связан с определенным комплексом специфических поведенческих реакций, которые вызывают изменения со стороны вегетативной нервной системы и нарушения обмена веществ в мышце сердца. Это чревато высоким коронарным риском. Исследователи из University College (Лондон) тестировали 2197 здоровых мужчин в возрасте 45—68 лет, которые находились на разных ступенях служебной лестницы. Сердце мелких служащих билось в среднем на 3,2 удара в минуту реже, чем у топ-менеджеров, причем отмечалась ригидность (сниженная вариабельность сердечного ритма). На показатели сердечного ритма так же влияли негативные поведенческие стереотипы (курение, сниженная физическая активность, нерациональное питание и злоупотребление алкоголем), психосоциальные факторы (ощущение своего малого влияния на итоги профессиональной деятельности и депрессия). Кроме того, показатели сердечного ритма были тесно связаны с проявлениями метаболического синдрома (увеличенными размерами талии, повышенным систолическим артериальным давлением, высоким содержанием липидов высокой плотности, триглицеридов и повышением уровня глюкозы в крови). Ученые заключают, что социальные факторы проникают в «кровь и плоть» человека, вызывая сердечно-сосудистые расстройства.

**Источник:**  
Солвей Фарма

**Через 40 лет после появления противозачаточных пиллюль для женщин исследователи из Канзасского университета начали разработку подобных пиллюль для мужчин**

Медики собираются проверить действие полумиллиона различных химических соединений, чтобы найти вещество 100-процентной надежности, не дающее неприятных побочных эффектов. В отличие от китайских и европейских мужских контрацептивов, имеющих гормональную основу и повышающих холестерин и риск раковых заболеваний, канзасские ученые стремятся найти безопасные вещества, воздействующие на ферменты, связанные с мужской плодовитостью. Клинические испытания подобных веществ на мужчинах канзасские исследователи планируют начать через 5 лет.

**Источник:**  
Радио Свобода

**Целью недавно проведенного исследования было определение долгосрочного онкологического прогноза для пациентов с раком прямой кишки, получавших перед операцией курс комбинированной терапии, после чего им было проведено тотальное иссечение мезоректальной области**

Также авторы выявляли прогностические факторы онкологического результата лечения и определяли значимость ответа злокачественной опухоли на лечение. На основании полученных результатов авторы делают вывод, что лечение местнораспространенного рака прямой кишки с курсом предоперационной комбинированной терапии и последующей резекцией мезоректальной области обеспечивают 10-летнее выживание у 58% пациентов и отсутствие рецидива опухоли у 62% пациентов.

**Источник:**  
Annals of Surgery, 5, 2005

### ОТРАСЛЕВОЙ СТАНДАРТ ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ИНЫХ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Утвержденный МЗ РФ, приказ № 233 от 09.06.2003 г.  
Издательство «Ньюдиамед»

От тромбоэмболии легочной артерии умирает больше людей, чем от аварий на дорогах. Остановим эпидемию тромбоэмболий. Впервые профилактика тромбоэмболии внесена в обязанность при хирургических операциях приказом. Протокол нужно выполнять, а для этого нужно знать, что в нем написано. Тираж ограничен.



## ИнтерНьюс

**У людей с повышенным уровнем лейкоцитов выше риск ишемического инсульта**

Атеросклероз — это, согласно современной концепции, воспалительное заболевание. Поэтому можно предположить, что уровень лейкоцитов отражает риск развития ИБС, напоминают доктор М. Елкинд и его коллеги (Колумбийский Университет, Нью-Йорк, США). В то же время неизвестно, есть ли связь между лейкоцитозом и риском инсульта. Для ответа на этот вопрос авторы выполнили проспективное рандомизированное исследование, куда вошли 3013 жителей Манхэттена, в возрасте 39 лет и старше, исходно без инсульта в анамнезе. Уровень лейкоцитов определялся исходно, затем участники наблюдались в течение 5,2 лет.

Средний уровень лейкоцитов составил  $6,2 \times 10^9$  в л и оставался достаточно стабильным при последующих измерениях. После поправки на различные медицинские, поведенческие и социально-экономические факторы оказалось, что увеличение уровня лейкоцитов на одно стандартное отклонение ( $1,8 \times 10^9$  в л) сопровождается повышением риска ишемического инсульта (отношение рисков 1,22), а также риска ишемического инсульта, инфаркта миокарда и сосудистой смерти (отношение рисков 1,13). У участников с максимальными уровнями лейкоцитов (4-ая квартиль) риск ишемического инсульта был достоверно выше, чем у лиц из 1-ой квартили. Эта связь была наиболее сильной для атеросклеротического и кардиоэмболического инсульта.

В основе подобной связи, по мнению авторов, может лежать участие лейкоцитов не только в прогрессировании хронического атеросклероза, но и в разрыве бляшки, провоцирующем острые тромботические события. Не исключено, что лейкоцитоз является простым маркером, отражающим наличие традиционных факторов риска.

**Источник:**

*Neurology 2005; 64: 2121-5.*

**Согласно результатам исследования Women's Health Study, витамин Е не снижает риск первого сердечно-сосудистого события или рака по сравнению с плацебо**

В исследовании Women's Health Study 39876 здоровых участниц, 45 лет и старше при включении в исследование (1992), рандомизированно принимали либо витамин Е (600 МЕ через день), либо аспирин (100 мг/сут), либо оба препарата, либо плацебо. Наблюдение продолжалось до 2004 г. Как сообщают доктор И-Мин Ли и его коллеги (Brigham and Women's Hospital, Бостон, Массачусетс), витамин Е или плацебо не отличались по своему влиянию на комбинированную частоту инфаркта миокарда, ишемического или геморрагического инсульта, сердечно-сосудистой смерти: 482 и 517 событий, соответственно. При этом витамин Е достоверно снижал риск сердечно-сосудистой смерти — 106 против 140 случаев в группе плацебо ( $p = 0,03$ ). На частоту рака молочной железы, легкого, толстой кишки прием витамина Е не влиял.

**Источник:**

*JAMA 2005; 294: 47-55.*

### Безрассудный филантроп

Эта записка переполнила чашу терпения генерала Капцевича. Называя Гааза «утрированным филантропом», завидующим пререкания и «затейливости», затрудняющим начальство перепискою и соблазняющим арестантов, он писал: «Мое мнение удалить сего доктора от его обязанности». Казалось бы, что дни «безрассудной филантропии доктора Гааза», как выражался Капцевич в ответе Нейдгардту, были сочтены, тем более, что в 1844 году скончался, искренне оплаканный москвичами, князь Д. В. Голицын. Но чуждая личных расчетов доброта, движущая общественную деятельность человека, есть сила, сломить которую не так-то легко. Упорно настаивая на перековке, Гааз решил даже искать неофициального пути, чтобы обратить внимание императора Николая Павловича на «прут». Он написал горячее письмо прусскому королю Фридриху-Вильгельму IV, в котором, рисуя картину препровождения на пруте, умолял короля сообразить об этом своей сестре, русской государыне, которая могла бы об этом рассказать своему царственному супругу...



*Мы спешим по делам,  
а он спешил делать добро*

**Окончание (начало в № 10)**

Последние доводы Гааза на жалобы этапных начальников относятся, как видно из дел тюремного комитета, к 1840 году. Затем наступил период мира и молчаливого соглашения. Гааз сделался неизбежным злом, бороться с которым было бесполезно и скучно. Так продолжалось до 1848 года, когда ситуация изменилась. Начальником Москвы был назначен старый недоброжелатель князя Голицына, самовластный и недалекий граф Закревский. С назначением его в качестве, как он выражался, «надежного оплота против разрушительных идей, грозивших с Запада», в Москве повелею другим духом. На Воробьевых горах опять начались столкновения по поводу «гаазовских кандалов». Гааз был вынужден войти в комитет с просьбою о возобновлении распоряжения о «выдаче пересылаемым арестантам ножных кандалов вместо ручных, если они о том просить будут». Когда комитет представил прошение об этом графу Закревскому, последний, 18 ноября 1848 г., приказал ответить доктору, что «его сиятельство, принимая в уважение, что удовлетворение подобных просьб арестантов зависит от снисхождения того начальства, которое ответствует за целостность препровождаемых арестантов, находит предположение господина Гааза не заслуживающим внимания, потому более, что его сиятельство заботится не столько о предоставлении арестантам незаслуженных ими удобств, сколько о способах облегчения этапных команд в надзоре за арестантами».

Прошение «приобщить к делу» — постановил комитет, и на этот раз «утрированный филантроп» был, по-видимому, окончательно разбит и придавлен кратким и властным ответом нового «хозяина» Москвы. Но... только, по-видимому. Эта резолюция лишь обратила просьбу глубоко огорченного старика в мольбу и присоединила к его уговорам трогательные старческие слезы. Семидесятилетний Гааз по-прежнему приезжал на Воробьевы горы к приходу и отправлению партий, и своим почтенным видом, а также и шедшими от сердца словами призывал к возможному смягчению страданий. «Между сими людьми, — писал он в объяснении по поводу поступившей на него жалобы, — были выздоравливающие и поистине весьма слабые, которые, видя меня посреди арестантов, просили, чтобы я избавил их от сих мук. Мое ходатайство было тщетно, и я принужден был снести взгляд как бы презрения, с которым арестанты отпалились, ибо знали, что просьба их законна, и я нахожусь тут по силе же закона. Не имея довольно власти помочь сей беде, я действительно позволил себе сказать конвойному чиновнику, чтобы он вспомнил, что судьбою его несправедливых действий есть Бог!» Но не все бывали равнодушны к его призыву. Арестантов все-таки не всегда, но часто продолжали перековывать. Это видно, между прочим, из просьбы кузнеца при Витбергской кузнице на Воробьевых горах, обращавшегося в сентябре 1853 года в комитет с просьбою уплатить ему за послед-

нюю партию в 120 облегченных кандалов, сделанных летом того же года по заказу доктора Гааза, умершего в августе.

Гаазу удалось облегчить страдания людей в тюрьмах и на этапе, за что он получил прозвище «святой доктор». В 1848, когда в Москве свирепствовала холера, Гааз, совершая больничный обход, при всех поцеловал первого появившегося холерного больного в губы, чтобы доказать невозможность заразиться этой болезнью таким способом.

### Святой доктор

Не знающий домашнего тепла и забот близких, Гааз всем сердцем тянулся к детям. Часто бывал в «своей» школе, принося с собой угощение для малышей, о которых никогда не забывал. Дети, конечно же, платили ему горячей искренней привязанностью и любовью. Они ждали его посещения так, как только могут ждать одинокие и обездоленные. По словам графини С.А. Толстой, дети облепляли Гааза со всех сторон, карабкались к нему на колени, всячески тормошили. Все это сопровождалось оживленными разговорами и звон-

ким ребячьим смехом. В такие минуты Федор Петрович отвлекался от бесконечных дел и, видимо, отдыхал душой. Его любовь ко всем слабым и беззащитным проявлялась всюду. Когда какая-либо из его двух лошадей (теперь он ездил на старенькой паре), выходила из строя, он оставлял ее у себя доживать век, а новую покупал

из тех, которых по старости обрекали на убой. Однажды кто-то из имущих почитателей подарил ему пару прекрасных лошадей и новую пролетку. И лошади, и пролетка были немедленно проданы, а деньги истрачены на бедных. В редкие свободные часы Федор Петрович обычно читал или, взяв телескоп, наблюдал за звездным небом. Куда уносился мечтами «доктор-чудак», глядя на звезды? Может быть, вспоминал далекую родину, глубоко пряча в сердце сыновнюю любовь к ней?

Он в меру сил смягчал бесчеловечность власти, выхаживая немощных и бездомных в созданной им лечебнице в Мало-Казенном переулке, впоследствии получившей название «Полицейской», в народе же известной как «Гаазовская». В этой больнице порядки были удивительные. Двери ее всегда были широко открыты. Сюда привозили подобранных на улицах пострадавших: сбитых экипажами, замерзших, людей, потерявших сознание от голода, беспризорных детей. Прежде всего, поступивших спешили обогреть, накормить и, насколько возможно, ободрить и утешить. Доктор сам, знакомясь с каждым, участливо выяснял все обстоятельства их бедственного положения. Назначалось лечение, а после выписки большинству оказывали дальнейшую помощь: иногородних снабжали деньгами на проезд до дома, одиноких и престарелых помещали в богадельни, детей-сирот старались пристроить в семьи обеспеченных людей. Персонал больницы подбирался тщательно: равнодушных к делу и недобросовестных здесь не держали. После обнаруженного нерадения или, упаси Бог, лжи провинившиеся платили штраф или вынуждены были уволиться.

Должность главного врача московских тюрем, работа в Попечительном комитете, а также дела больницы требовали от Федора Петровича напряжения всех сил. Он поселяется в небольшой, состоящей из двух комнат квартирке при больнице. Встает в шесть утра, после завтрака ведет бесплатный прием больных, которых множество; к 12-ти идет в больницу, а в дни этапов едет в Пересыльную тюрьму, где его с нетерпением ждут заключенные. Потом опять больница и масса других неотложных дел. Время его расписано по часам. Доктор посвящал своему делу не только время и силы, но и средства. «У Гааза нет отказа» — сложили о нем поговорку любящие его арестанты. Еженедельно на Воробьевых горах собиралась очередная партия осужденных на каторгу. Служили молебн и двигались в скорбный путь. Близким разрешалось провожать их до деревни перед Балашихой. Поэтому она и получила название — Горенки. И каждую неделю «несчастливых» пешком провожал Гааз. На прощание одаривал их конфетами и апельсинами.

— Ну что же вы этим голодным людям конфету суете! — говорили недоброжелатели. — Вы им лучше кусок хлеба дайте.

## КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (оценка, выбор медицинских технологий управления качеством медицинской помощи)

**Под редакцией профессора П. А. Воробьева**

**Издательство «Ньюдиамед»**

**Новое направление в медицине приобретает все больше сторонников.  
Книга уже произвела огромный общественный резонанс.**

Как правильно считать деньги, всегда ли дешевое — дешево, а дорогое — дорого, что такое соотношение затраты/эффективность, как правильно составить формуляр больницы, как рационально подобрать лекарство больному, что такое фармакоэкономика и формулярная система — ответы на эти вопросы найдете в книге.

Монография — размышления о качестве медицинской помощи, современности состояния здравоохранения, рациональных путях развития.

Книга адресована практическим врачам, главным врачам, начмедам, клиническим фармакологам, членам формулярных комиссий.



— Кусок хлеба им и другой подаст, а конфетку и апельсину они уже никогда не увидят, — отвечал Федор Петрович.

«Вы все говорите, Федор Петрович, о невинно осужденных, — сердито выговорил ему однажды митрополит Московский Филарет, богослов и отчасти даже поэт, ответивший Пушкину на его «Дар напрасный, дар случайный» назидательными строками: «Не напрасно, не случайно жизнь от Бога нам дана...» — Таких нет. Если человек подвергнут каре — значит, есть за ним вина». Убогий разум мира столь явно торжествовал в этих словах над святым безумием Евангелия, что Федор Петрович был поражен в самое сердце. «Да вы о Христе позабыли, Владыко!» — вне себя, вскричал он. Федору же Петровичу Гаазу в ответ на его упрек митрополит Филарет «после нескольких минут томительной тишины» ответил: «Нет, Федор Петрович! Когда я произнес эти мои поспешные слова, не я о Христе — Христос меня позабыл!»

Федор Петрович Гааз подобрал, воспитал и поставил на путь истинный еврейского мальчика сироту. Всем сердцем полюбив свое новое Отечество и русский народ, святой доктор не стал менее любить людей другой крови. Мы вообще не найдем у него мысли о первенстве одного племени над остальными или о природной вредности какого-либо народа. Повсюду и во всех он видел прежде всего человека, а в человеке — образ Божий, пусть скорбный от перенесенных страданий или даже затемненный не вполне нравственной жизнью. Федор Петрович всю жизнь трудился над христианским просвещением народа и даже написал и выпустил две книжечки: «Азбука христианского благонравия» (ее он собственноручно раздавал всем уходившим из Москвы по этапу) и «Призыв к женщинам» — о милосердии, сострадании и любви.

Постепенно исчезли и дом его, и фабрика, и лошади, словом, все, что у него было. Больница сохранилась в основном за счет благотворительности, и Гааз отдавал ей почти все средства, что получал, оставляя себе крохи. Нельзя и представить, сколько сил и стараний требовалось ему, чтобы сводить концы с концами. Однако защита слабых была для доктора Гаазы главным делом жизни, и его благотворительная деятельность не иссякала.

Поскольку число поступающих больных все возрастало, Федор Петрович настоятельно требовал у города увеличения средств на содержание больницы. Он не умел отказывать пострадавшим и размещал «лишних» в своих комнатах, сам и ухаживал за ними. Его стали обвинять в излишней филантропии, называя чудачком и фанатиком. Однажды князь Щербатов, в ведении которого находилась больница, принялся сурово выговаривать ему «за мягкотелость и бесхарактерность». Федор Петрович долго оправдывался, но, наконец, исчерпав все доводы, подавленно умолк. Однако, когда князь категорически потребовал не принимать новых «лишних» больных, Гааз обреченно встал и вдруг... опустившись перед Щербатовым на колени, заплакал. Потрясенный князь ни на чем больше не настаивал.

Нет сведений о характере предсмертной болезни доктора. Она застала Федора Петровича врасплох. Он вел очень правильный образ жизни, отличался могучей силой и, казалось, несокрушимым здоровьем. Болезнь развивалась очень быстро и причиняла больному невообразимые страдания. В последний день своей жизни, когда боль стала нестерпимой, доктор приказал раскрыть настежь двери квартиры и принимать всех, кто еще нуждается в его утешении и помощи. К умирающему приехал проститься московский митрополит Филарет.

После смерти доктора в его квартире нашли только несколько старых телескопов — все, что осталось из его имущества. Утомившись за день видом людских страданий, Гааз по ночам любил смотреть на звезды.

**И воздастся тебе...**

Гроб с телом доктора несли на руках от Покровки до Введенского кладбища в Лефортово. Его провожала огромная толпа — двадцать тысяч человек. Тогдашний московский генерал-губернатор граф Закревский послал сотню казаков под командованием ротмистра Кинского с приказанием «разогнать чернь». Но, подъехав к похоронной процессии, ротмистр, потрясенный видом искреннего горя простых русских людей, слез с лошади, приказал казакам возвращаться в казармы и пешком пошел за гробом. Узнав о смерти своего любимого доктора, каторжане на Нерчинских рудниках приобрели на свои деньги икону святого Феодора Стратилата.

На центральной аллее Введенского (немецкого) кладбища стоит могучий серый камень, на нем — большой крест из красного гранита. Вокруг могилы ограда из кандалов. Могила всегда в цветах. На памятнике выбиты его знаменитые слова, которым он сам следовал всю жизнь: **СПЕШИТЕ ДЕЛАТЬ ДОБРО!**

Если вам случится быть около Курского вокзала, поднимитесь по переулку Мечникова к Малому Казенному переулку, к дому № 5. Отсюда, прямо с тротуара, виден памятник старинной работы, открытый в 1909 году. С тех пор здесь мало что изменилось: те же здания, тот же овальный садик с двумя уцелевшими каштанами. С высокого пьедестала, слегка наклонив массивную голову, все так же улыбается человек, о доброте которого ходили легенды. Одни называли его «святым доктором» и «божьем человеком», другие — «чудаком» и «неистовым филантропом». В 1909 году во дворе больницы был поставлен памятник Федору Петровичу. Автор памятника знаменитый скульптор Андреев отказался взять деньги за свою работу.

*P.S.* В 2003 году по инициативе академика А.И. Воробьева была переиздана книга А. Кони «Федор Петрович Гааз» и проведена конференция, посвященная доктору Гаазу и тюремной медицине «Спешите делать добро».

*По работам А. Кони, А. Родионовой, А. Нежного, А. Шикмана подготовила А. Власова*

**Сопредседатели секции:**

- **Беленков Ю.Н.**, главный кардиолог Минздравсоцразвития РФ, член-корр. РАН, академик РАМН, профессор
- **Сандриков В.А.**, член-корр. РАМН, профессор
- **Глезер М.Г.**, д.м.н., профессор

**Программа заседания:**

1. **Круглый стол**
2. **Обсуждения**
3. **Доклад спонсора**

**Заседание пройдет по адресу:** Москва, Ленинский проспект, д. 32-А Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход 3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

**Сопредседатели секции:**

- **Ноников В.Е.**, д.м.н., профессор, заместитель главного терапевта ГУЗ УДП
- **Богомолов Б.П.**, профессор, член-корр. РАМН, заместитель главного инфекциониста ГУЗ УДП

**Программа заседания:**

1. **Основные доклады**
2. **Выступления оппонентов**
3. **Доклад спонсора**

**Заседание пройдет по адресу:** Москва, Ленинский проспект, д. 32-А Здание Президиума Российской Академии Наук, центральный вход 3-й этаж, синий зал заседаний

Проезд до станции метро «Ленинский проспект» (первый вагон из центра) или на любом троллейбусе от станции метро «Октябрьская-кольцевая»

**СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

УТВЕРЖДЕНЫ Министерством Здравоохранения и социального развития Российской Федерации 23 ноября 2004 г.

М.: Издательство «Ньюдиамед»; 2004—2005 г.

Составители: Хальфин Р.А., Шарапова О.В., Какорина Е.П., Мадьянова В.В., Сиземова Л.И., Ходунова А.А., Новиков А.С., Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В.

В соответствии с п. 5.2.11. Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 г. № 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 26, ст. 2898), ст. 38 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1 (Ведомости съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 33, ст. 1318; Собрание актов Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, 1993, № 52, ст. 5086; Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 10, ст. 1143; 1999, № 51, ст. 6289; 2000, № 49, ст. 4740; 2003, № 2, ст. 167; № 9 ст. 805; № 27 (ч. 1), ст. 2700; 2004, № 27, ст. 2711) утверждены стандарты медицинской и санаторно-курортной помощи больным с различными заболеваниями.

Руководителям медицинских организаций рекомендовано использовать стандарты при оказании медицинской помощи. В разработке стандартов медицинской и санаторно-курортной помощи принимали участие ведущие специалисты федеральных медицинских учреждений системы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской академии медицинских наук при участии и координации отдела стандартизации в здравоохранении НИИ Общественного здоровья и здравоохранения ММА им. И. М. Сеченова, Департамента развития медицинской помощи и курортного дела и Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В стандартах использованы коды Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, МКБ-10 (международный классификатор болезней-10)



**ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. СПУТНИК ИНТЕРНИСТА**

Под ред. проф. П.А. Воробьева

Издательство «Ньюдиамед»

Бестселлер учебно-методической литературы!

В краткой по точной форме содержит показатели нормы и трактовку результатов общеклинических и биохимических исследований крови, мочи, системы гемостаза, других биологических жидкостей, ЭКГ, ФВД, тестов функциональной диагностики, ультразвуковых исследований внутренних органов и др. Всего 8000 параметров.

Книга — Ваш верный помощник в любой ситуации по выбору правильного диагноза.

**Уважаемый коллега!**  
**Приглашаем Вас принять участие в работе Юбилейной X Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни»**  
**Место проведения:**  
 Центральный Дом Ученых РАН  
 Ул. Пречистенка, 16.  
 Проезд: м. «Кропоткинская»  
**Начало регистрации - 8.30**  
**Начало работы Конференции - 10.00**  
 Подробная информация на сайте: [www.zdrav.net](http://www.zdrav.net)

**К**  
**А**  
**Р**  
**Д**  
**И**  
**О**  
**Л**  
**О**  
**Г**  
**И**  
**Ч**  
**Е**  
**С**  
**К**  
**А**  
**Я**  
**Я**  
**С**  
**В**  
**К**  
**Ц**  
**И**  
**Я**

## Приглашение

**«Прием  
врача-кардиолога»**

20 октября 2005 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

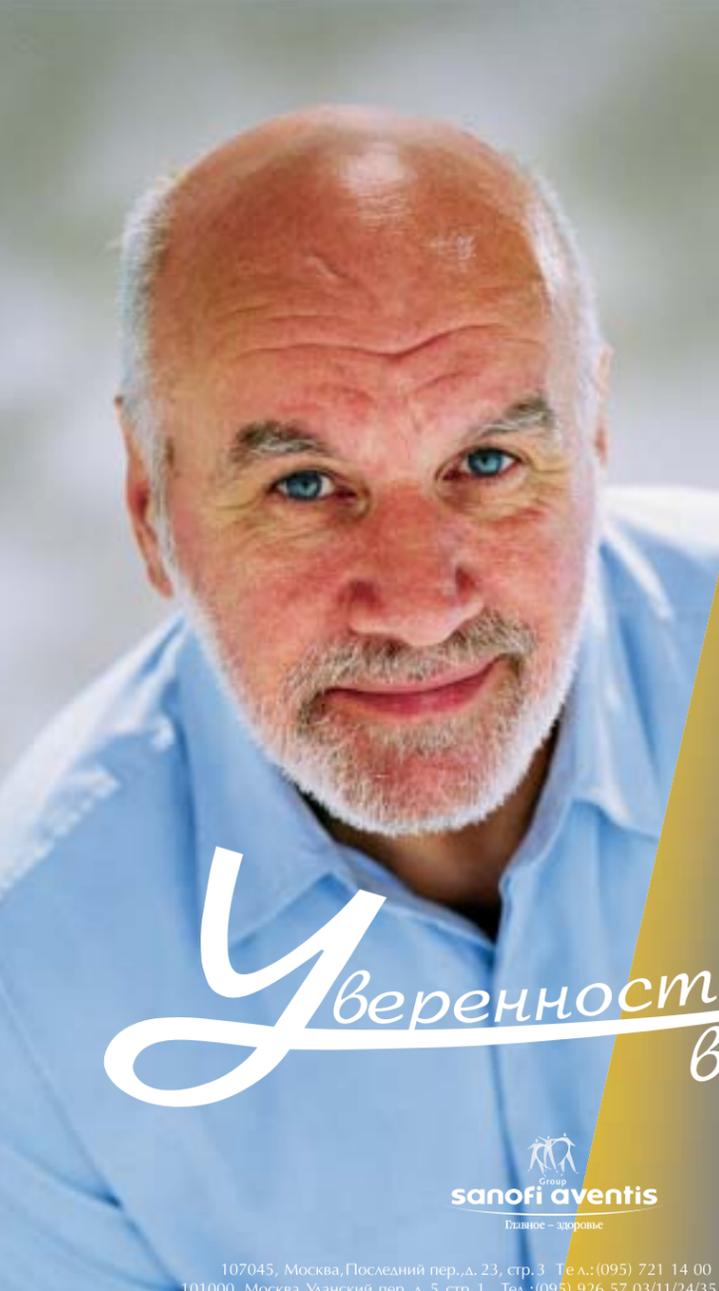
**Ч**  
**Е**  
**Л**  
**О**  
**В**  
**Е**  
**К**  
**И**  
**И**  
**Н**  
**Ф**  
**Е**  
**К**  
**Ц**  
**И**  
**Я**

## Приглашение

**«Биотерроризм –  
возможные инфекции  
и токсины»**

18 октября 2005 года  
Начало в 17.00  
Вход по приглашениям

## Уверенная победа над ДГП



**Дальфаз 10 мг СР**

Лечит ДГП.  
Поддерживает  
сексуальную  
функцию.

# Уверенность в себе

**sanofi aventis**  
Главное – здоровье

107045, Москва, Последний пер., д. 23, стр. 3 Тел.: (095) 721 14 00 Факс: (095) 721 14 11  
101000, Москва, Уланский пер., д. 5, стр. 1 Тел.: (095) 926 57 03/11/24/35 Факс: (095) 926 57 10/34

### Как стать членом общества? – Просто приходите на заседание.

На пленарном заседании Вы можете сдать членские взносы и стать действительным членом Московского городского научного общества терапевтов. На заседаниях кардиологической, ангиологической секций, секции «Человек и инфекция» Вы можете зарегистрироваться в базе данных и получить бесплатно эту газету. Став членом общества – пригласи товарища. Общество терапевтов – для всех терапевтов. Вы можете передать для внесения в базу данных сведения не только о себе, но и о своих друзьях – московских докторов, заполнив таблицу:

| МОСКОВСКОЕ ГОРОДСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ |  |              |           |
|--|--|--------------|-----------|
| Ф.И.О.   | Почтовый адрес доставки (индекс обязательно) | Место работы | Должность |
|  |  |              |           |
| Контактный телефон:                              |  | E-mail:      |           |

Купон высылайте в конверте по адресу:

115446, Москва, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, кафедра гематологии и гериатрии.  
Газета членом общества высылается бесплатно

Вестник МГНОТ (бесплатное приложение для врачей к журналу «Клиническая геронтология»)  
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100 от 07 декабря 2004 г.

РЕДАКЦИЯ: Главный редактор П.А. Воробьев

Редакционная коллегия: А.В. Власова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), Е.Н. Кочина, Л.А. Положенкова, Т.В. Шишкова, Л.И. Цветкова

Редакционный совет: А.И. Воробьев (председатель редакционного совета), В.Н. Ардашев, З.С. Баркаган, А.С. Белевский, Ю.Н. Беленков, Ю.Б. Белоусов, Б.П. Богомолов, И.Н. Бокарев, В.И. Бурцев, Е.Ю. Васильева, В.А. Галкин, М.Г. Глезер, Е.Е. Годин, А.П. Голиков, Д.И. Губкина, Н.Г. Гусева, Л.И. Егорова, В.М. Емельяненко, Р.М. Заславская, Г.Г. Иванов, В.Т. Ивашкин, А.В. Калинин, А.В. Каляев, С.В. Карпова, М.И. Кечкер, А.И. Кириенко, В.М. Ключев, Ф.И. Комаров, Б.М. Корнев, Л.Б. Лазебник, В.И. Маколкин, И.В. Мартынов, А.С. Мелентьев, А.А. Михайлов, В.С. Моисеев, В.Е. Ноников, Н.А. Мухин, Е.Л. Насонов, В.А. Насонова, В.Г. Новоженков, Л.И. Ольбинская, Н.Р. Палеев, М.А. Пальцев, В.А. Парфенов, А.В. Погожева, А.В. Покровский, В.И. Покровский, Н.П. Потехин, А.Л. Раков, М.П. Савенков, В.Г. Савченко, В.В. Серов, В.Б. Симоненко, А.И. Синопальников, В.С. Смоленский, Г.И. Сторожаков, А.Л. Сыркин, В.П. Тюрин, А.И. Хазанов, Е.И. Чазов, А.Г. Чучалин, Л.В. Циганова, В.В. Цурко, Т.В. Шишкова, Н.А. Шостак, А.В. Шлектор, Н.Д. Ющук, В.Б. Яковлев

Газета распространяется среди членов Московского городского научного общества терапевтов бесплатно

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., д. 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии

Телефон (095) 118-7474, e-mail: mtpndm@dol.ru www.zdrav.net

Отдел рекламы (095) 8-906-721-37-65

При перепечатке материала ссылка на Вестник МГНОТ обязательна. За рекламную информацию редакция ответственности не несет.

### ВНИМАНИЮ

врачей общей практики, терапевтов, акушеров-гинекологов, гематологов, педиатров, гериатров, а также студентов медицинских вузов!

Издательство «НЬЮДИАМЕД» планирует в начале сентября 2005 года выпустить в свет

### Протокол ведения больных «Железодефицитная анемия».

Заявки можно направлять по адресу: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, ГКБ7, издательство «НЬЮДИАМЕД» или E-mail: mtpndm@dol.ru

Подробности на сайтах

WWW.zdrav.net и zdrav kniga.net

### Книги издательства НЬЮДИАМЕД можно приобрести:

- магазин «Дом медицинской книги» — метро «Фрунзенская»;
- магазин «Московский дом книги» — метро «Арбатская»;
- магазин «Книга и здоровье» — метро «Беговая»;
- заказать через электронный магазин медицинской литературы <http://www.zdravkniga.net/>;
- в издательстве по тел.: (095) 118-74-74, E-mail: mtpndm@dol.ru



## Юбилейная X Международная научно-практическая конференция

# ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.

Москва  
28-30 сентября 2005 года

## ПРИГЛАШЕНИЕ

Вход свободный